

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 2

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE LA

TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Novembre 1895

PAR

ERNEST ANGIRANY

Né à Ribiers (Hautes-Alpes), le 3 mars 1866

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

M DCCC XCV

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (※).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (※).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Médecine légale et toxicologie	N...
Anatomie pathologique	N...
Anatomie.	N...
Id.	GILIS (Ch. du c.)
Opérations et appareils	N...

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL, PAULET.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BOSC, agrégé.
Accouchements.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe	ESTOR, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GILIS	MM. RAUZIER	MM. PUECH
BROUSSE	LAPEYRE	VALLOIS
SARDA	MOITESSIER	MOURET
ESTOR	BOSC	DELEZENNE
LECERCLÉ	DE ROUVILLE	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président.</i>		MM. ESTOR, <i>agrégé.</i>
TRUC, <i>professeur.</i>		BOSC, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

E. ANGIRANY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FORGUE.

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

E. ANGIRANY.

INTRODUCTION

Longtemps on a regardé la tuberculose péritonéale comme appartenant uniquement au domaine de la pathologie interne. C'est grâce à de bienfaisantes erreurs de diagnostic que nous connaissons aujourd'hui l'heureuse influence de l'intervention chirurgicale dans cette affection, depuis le jour, en effet, où Spencer Wells, croyant opérer un kyste de l'ovaire, guérit en 1862, par la laparotomie, une péritonite tuberculeuse et la guérit si bien que, 27 ans après, la malade jouissait encore d'une excellente santé. Depuis ce jour il a été suffisamment prouvé que la chirurgie, aidée des méthodes aseptiques et antiseptiques, n'était pas impuissante devant cette manifestation de l'infection bacillaire.

Nous nous proposons dans ce modeste travail de rechercher ce que l'on est en droit d'attendre de l'intervention directe dans les divers cas de cette localisation tuberculeuse. A cet effet, après un historique succinct de ce point thérapeutique, nous passerons en revue les diverses formes anatomiques de la péritonite tuberculeuse ; car c'est sur elles que doit être basée l'intervention. Nous nous efforcerons ensuite de jeter un peu de lumière sur la question bien souvent discutée des indications et des contre-indications et nous dirons un mot aussi sur le mode d'action probable du traitement chirurgical.

Mais qu'il nous soit permis auparavant de profiter de la circonstance pour remercier notre Père et notre Mère des sacrifices qu'ils se sont imposés pour notre éducation et pour exprimer à nos Maîtres dans les hôpitaux, ainsi qu'à tous nos Professeurs, notre profonde reconnaissance pour leur direction aussi savante que dévouée.

Que M. le Professeur Forgue veuille bien agréer toute notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
TUBERCULOSE PÉRITONÉALE

HISTORIQUE

Il ne nous faut pas remonter bien haut pour trouver l'origine de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose péritonéale, car c'est à Kœnig que revient, en 1884, le mérite de cette conquête de la chirurgie.

Sans doute, bien avant cette date, il nous faut tenir compte du fameux cas de Spencer Wells, lequel, en 1862, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, pratiqua la laparotomie sur une jeune fille de 24 ans. Rappelons qu'il s'écoula un liquide abondant et que le péritoine se montra couvert de granulations tuberculeuses qui, le ventre refermé, n'empêchèrent pas la malade de guérir. N'avons-nous pas aussi à citer Schücking et Stelwag, qui ont vu des opérations semblables à celle de Wells donner des guérisons d'une durée de 15 ans

pour le premier, de 13 ans pour le second ? Mais jusqu'à cette époque, l'intervention chirurgicale était toujours consécutive à des erreurs de diagnostic, et c'est seulement depuis Kœnig que l'on osa conseiller l'ouverture du ventre dans un but thérapeutique et qu'on la pratiqua à bon escient dans toutes les tuberculoses du péritoine.

Dans un premier mémoire, le chirurgien allemand publie trois observations qui sont trois succès opératoires. Dans un deuxième mémoire lu en 1890, à Berlin, au dixième Congrès international de médecine et de chirurgie, il expose une riche statistique de 131 cas de péritonite tuberculeuse sur lesquels 107 guérissent consécutivement au traitement de la laparotomie.

Depuis lors, les travaux se sont multipliés sur cette question. Citons M. Truc, qui, dans sa thèse d'agrégation, donne 9 succès opératoires sur 11 faits de laparotomie ; Kummel, qui au 26^e Congrès de chirurgie allemande, apporte le chiffre de 28 opérés avec seulement 2 décès ; Audry, qui arrive à 63 opérations avec 8 morts ; Maurange, qui dans sa thèse signale, sur 71 cas, 6 décès post-opératoires et 7 par généralisation ; Ceccherelli, qui, s'adressant à la Société italienne de chirurgie en 1889 et parlant de l'intervention chirurgicale dans le traitement des péritonites tuberculeuses, arrive à grouper 85 observations.

En octobre 1889, au 4^e Congrès de chirurgie, à propos d'une communication de Démosthène, Demons, Labbé, Routier, font connaître sur le même sujet plusieurs observations personnelles.

Il ressort de cet aperçu rapide que, vers la fin de l'année 1889, la plupart des chirurgiens étaient favorables à l'intervention. Osler en 1890, Brühl et Terrillon, dans leurs intéressants mémoires, sont absolument du même avis.

Signalons encore la thèse remarquable de Pic avec sa statistique si intéressante. Ce dernier, avec 67 observations inédites, nous permet de nous faire une opinion sur la valeur de la

laparotomie suivant les diverses formes cliniques de la péritonite tuberculeuse.

Il faudrait citer encore bien des noms, mais nous ne pouvons que mentionner ceux de Pribram, Vierordt, Czerny, Elmasian, Mathis, Jalaguier, Phocas, les revues ou les communications de Croom, Wheeler, Parker Sims, Richelot, Lejars et Schwartz. Nous arrivons ainsi à Rœrsch et Aldibert. Ce dernier a fait faire à la question d'incontestables progrès et dans le cours de ce travail nous lui ferons plus d'un emprunt.

DE LA CURABILITÉ DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Avant d'entrer dans le cœur du sujet, il nous paraît nécessaire de nous poser une question. La cure de la péritonite tuberculeuse est-elle possible en dehors de l'intervention chirurgicale?

Disons tout d'abord que la maladie se termine presque toujours par la mort, après des souffrances de trois à vingt mois. Mais de multiples observations ont établi cependant que ces péritonites peuvent guérir même spontanément. On a pu, en effet, dans diverses autopsies, s'assurer de l'absence de toute lésion tuberculeuse sur la séreuse, alors même que, pendant la vie, on avait constaté des poussées de péritonite et senti des masses tuberculeuses à travers les parois de l'abdomen. Ces faits sont moins probants, sans doute, que ceux dans lesquels on a pu, grâce à la laparotomie, constater du doigt et des yeux la nature des lésions ; toutefois, les nier ou les discuter, nous paraît d'un rigorisme excessif.

Il est intéressant maintenant de rechercher l'influence du traitement médical. Or, les insuccès qui en sont la règle ne nous permettent-ils pas de dire que dans les rares cures médicales à citer, on avait affaire à ces cas de péritonite dont nous venons de parler et qui évoluent spontanément vers la guérison ? Somme toute, nous nous croyons autorisés à dire, avec Charcot et Bouchard, que le traitement médical n'est que palliatif localement et que, lorsqu'il s'adresse à l'état général, il met seulement l'organisme en état de se défendre lui-même.

Nous ne voulons pourtant pas le proscrire tout-à-fait, mais le reléguer au second plan ; car, que ferions-nous en face de malades rebelles à toute intervention sanglante ? Les soulager tout en les rendant plus forts contre le mal, n'est-ce pas déjà un résultat digne d'être poursuivi ?

Suivant le plan que nous nous sommes tracé, nous allons passer en revue les diverses formes anatomiques de la tuberculose péritonéale ; pour chacune d'elles, nous tâcherons d'indiquer le mode opératoire qui a donné les meilleurs résultats thérapeutiques et nous dirons un mot des indications et des contre-indications.

DES FORMES DE LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Si nous avons à parler du traitement médical, la classification de Boulland pourrait nous suffire, puisqu'elle est basée sur l'évolution clinique. Elle comprend trois formes principales, différenciées par leur marche et leur pronostic, tout autant que par leur symptomatologie. Elle repose sur les diverses phases que parcourt successivement le tubercule depuis la granulation grise jusqu'à la dégénérescence caséuse ou à la transformation fibreuse (mode de guérison). Mais, au point de vue chirurgical, cette classification est par trop insuffisante, car, dans une même forme, il est parfois nécessaire de varier l'intervention avec la période ou le symptôme dominant.

En Allemagne, le plus grand nombre de chirurgiens n'admet que des ascites tuberculeuses généralisées ou enkystées et des péritonites fibrino-plastiques. Münstermann et Schalmark, après avoir étudié à fond la question, n'admettent aussi que ces deux formes et ils font de l'ulcération et de ses conséquences, une pure complication qui vient défigurer l'une ou l'autre forme. Mais ces maîtres se sont placés au seul point de vue anatomique, et s'ils eussent pris en considération le traitement chirurgical, ils auraient été forcés de faire un plus grand nombre de classes.

Osler, tout en adoptant comme classification celle de Boulland, ne la trouve pas suffisante au point de vue opératoire ; il reconnaît la nécessité de multiplier les catégories, mais il recule devant la difficulté d'un meilleur classement.

Pic, marchant sur les traces de Boulland, s'est contenté de développer un peu. Il nous faut arriver jusqu'à Aldibert, en 1892, pour trouver une classification embrassant à peu près tous les cas et les groupant admirablement. Cet auteur, en recueillant les résultats de 322 cas, les subdivise ainsi :

Forme ascitique. — Forme aiguë, 2 cas et 2 morts. — Forme subaiguë, 18 cas avec 7 morts et 11 guérisons. — Guérison dans la proportion de 61 %.

Forme chronique généralisée. — 64 cas avec 15 morts et 5 guérisons. Mortalité 23 %. Guérison 72 %.

Forme chronique enkystée. — 65 cas avec 7 morts, 4 récidi-
ves, 2 améliorations, 32 guérisons. Mortalité 10,7 %. Guéri-
son 80 %.

Forme fibreuse sèche. — Fibreuse sèche proprement dite, 1 cas avec une guérison définitive. — Fibreuse adhésive, 25 cas avec 19 guérisons, dont 6 persistaient encore après 2 ans, et 5 morts dont une par récurrence après 3 ans de guéri-
son, 2 par tuberculose généralisée et 2 par épuisement consé-
cutif à des fistules stercorales.

Forme ulcéreuse. — Ulcéreuse sèche : 4 cas, 1 guérison et 3 morts tardives. — Suppurée généralisée : 6 cas, avec 4 gué-
risons et 2 morts. — Suppurée enkystée : 1 cas et 1 mort. —
Suppurée enkystée monoioculaire : avec 11 cas dont 8 guéri-
sons et 3 morts.

Telle est la division que nous avons acceptée ; nous ne nous en écarterons pas pendant le cours de ce travail.

FORMES ASCITIQUES

La forme ascitique ne constituant pas toujours la première phase de la péritonite, mais une transformation de la forme miliaire aiguë, nous allons dire un mot de cette dernière. Dans le cadre où nous nous plaçons, c'est-à-dire l'intervention dans la tuberculose du péritoine, il ne saurait être question d'une affection qui s'accompagnerait d'un semis granuleux sur tous les points de l'économie. On ne saurait, en effet, opérer un malade arrivé à la 2^e ou à la 3^e période de la phtisie pulmonaire. Mais cette réserve faite les avis sont partagés en face d'une péritonite miliaire, alors que, l'éruption se faisant tout en surface, la séreuse est parsemée de granulations superficielles plus ou moins nombreuses. Kœnig a des partisans lorsqu'il affirme que, dans certaines circonstances, cette forme est justiciable d'une intervention chirurgicale. Pic, d'un autre côté, a des adeptes qui, comme lui, préfèrent s'abstenir, sous le prétexte qu'ils ne connaissent aucune opération suivie de succès. Pour nous, prenant un moyen terme, nous pensons qu'il est indiqué de s'abstenir dans la période où le mal ne se traduit que par des symptômes généraux, où l'on ne voit encore aucun phénomène local d'ascite.

Mais l'intervention nous paraît pleinement justifiée, alors que les symptômes se localisent du côté de l'abdomen. Si la séreuse, venant à s'enflammer, perd son poli, s'épaissit et laisse transsuder en quantité un liquide séreux qui, d'ordinaire trouble, peut être aussi hémorragique ou purulent, si en un mot la forme miliaire aiguë s'est transformée en forme ascitique généralisée, l'hésitation n'est plus possible et l'intervention

s'impose. A notre avis même, les manifestations fébriles ne sauraient être, dans ces cas, une contre-indication suffisante.

A plus forte raison; on doit agir lorsque, les phénomènes généraux s'atténuant, l'évolution devient subaiguë ou chronique. En effet, la réaction des tissus sains se fait alors plus facilement, le tubercule peut mieux se sclérifier et il se forme des adhérences qui seront des barrières relatives à la marche de l'affection. Le péritoine s'épaissit alors notablement, on le voit se couvrir de dépôts fibrineux, l'épiploon et le mésentère subissent des modifications analogues, ils se rétractent en attirant à droite les anses intestinales, tandis que l'exsudat s'accumule surtout dans la partie gauche de l'abdomen.

Si des adhérences viennent à s'établir entre les anses intestinales, entre l'intestin et la paroi abdominale ou bien entre l'épiploon et les autres organes intra-abdominaux, elles finissent par englober l'exsudat, par l'isoler en constituant ainsi la forme enkystée.

Voyons maintenant quel doit être le mode de traitement dans les formes ascitiques. Nombreux sont les moyens employés par les chirurgiens.

De la Ponction. — On a proposé : la ponction simple, que l'on peut répéter une ou plusieurs fois. Cette méthode a été suivie parfois d'une amélioration marquée et Brühl relate une observation de ce genre, d'après laquelle le malade guérit après une seule ponction ; mais il a été démontré que ce traitement était insuffisant d'une façon générale, le liquide ascitique réapparaissant immédiatement.

Monsieur Truc a proposé de faire suivre la ponction d'une injection modificatrice d'éther iodoformé; Ceccherelli, au Congrès de Bologne en 1889, et après lui Debove, ont érigé en mode général de traitement la ponction suivie d'un lavage à l'acide borique. On fait d'abord la ponction, puis, se servant

d'un aspirateur, on enlève le plus de liquide possible. Vient ensuite le lavage du péritoine à l'eau boricuée bouillie et maintenue à la température de 39 ou 40 degrés. Au début, le liquide de lavage ressort plus ou moins coloré, puis il se clarifie et on cesse le travail lorsqu'il ressort absolument limpide, car l'on suppose alors que toute la séreuse s'est trouvée en contact avec le liquide antiseptique. Il est à remarquer que dans les cas heureux on rappelle ainsi pour quelque temps l'état aigu avant que le mieux ne se fasse sentir.

Brühl, dans sa Revue générale, Mathis dans sa thèse, Monnier dans la Revue de clinique et de thérapeutique du 11 novembre 1891, se sont fait les défenseurs de ce traitement; mais les deux cas qu'ils rapportent ne sauraient suffire à faire apprécier ce mode thérapeutique, qui serait précieux s'il était efficacement applicable à tous les cas. Or, les critiques n'ont pas manqué.

Tout d'abord, que penser de la simple ponction?

Nous savons que le grand épiploon et l'intestin peuvent contracter des adhérences avec la paroi. Or, une couche abondante de liquide ne pourrait-elle masquer ces adhérences? Que devient alors ce mode de traitement, sinon un moyen aveugle et insuffisant? Aveugle, car on peut blesser un vaisseau important, l'épiploon ou une anse intestinale; insuffisant, car on ne saurait à l'aveuglette atteindre les exsudats enkystés, les dépôts fibrineux et les fausses membranes.

DE LA LAPAROTOMIE

Si les échecs de la ponction sont nombreux et les succès assez rares, nous trouvons la proportion inverse dans les cas multiples où l'intervention radicale par la laparotomie a été tentée. Cette dernière, en effet, a donné de magnifiques succès là où avait échoué tout autre mode de traitement. Nous lisons dans la Revue de chirurgie de 1893 : « M. Courtin rapporte l'observation d'une femme de 47 ans, ayant eu 8 enfants et qui avait vu son ventre augmenter progressivement de volume par le fait d'un épanchement ascitique. Par une ponction, il retira 15 litres d'un liquide sanguinolent. Ce dernier s'étant reproduit un mois et demi après la ponction, il fit la laparotomie, le 9 décembre 1892. Le péritoine viscéral et pariétal était épaissi, le rebord du foie et la rate étaient recouverts de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule. Toilette du péritoine, attouchement avec des éponges imprégnées d'eau phéniquée forte, ablation de l'ovaire gauche, qui était de la grosseur d'un poing et polykystique. La guérison est permanente et paraît définitive ».

M. Picqué, de Paris, dans la même revue rapporte un cas de guérison dans des conditions semblables.

Un grand nombre de chirurgiens ont fait suivre d'un lavage l'ouverture de l'abdomen ; mais d'après Kœnig, et peut-être aussi d'après certaines statistiques, il semblerait que la simple laparotomie a donné autant et plus de succès que les lavages les mieux faits et les plus antiseptiques. Nous sommes ici de

l'avis de MM. les professeurs Debove, Forgue et Reclus et nous pensons avec eux qu'un lavage à l'eau bouillie salée, par exemple, après l'ouverture du ventre, peut favoriser « le processus de sclérose salulaire vers lequel tend spontanément « la néoplasie bacillaire ».

Parmi les très nombreux liquides de lavage qui ont été employés, citons au hasard : la solution physiologique de chlorure de sodium, l'acide borique 3 ou 4 % ; l'acide salicylique 1-2 % ; l'acide phosphorique 1-2 % ; l'acide phénique 1 % ; le sublimé 0,5 % ; la teinture d'iode 1 % ; le chlorure de zinc 1 %. Mais aucune de ces substances ne s'est montrée bien supérieure aux autres, pas plus les solutions antiseptiques que le sérum artificiel chauffé à 37°, ce qui nous fait conclure que le mode d'action du lavage est purement mécanique.

RÉSULTATS DE LA LAPAROTOMIE

Recherchons maintenant quels peuvent être les résultats de l'ouverture de l'abdomen dans les diverses formes ascitiques qui nous occupent, c'est-à-dire dans la forme miliaire aiguë, dans la forme ascitique subaiguë, dans la forme chronique généralisée et dans la forme chronique enkystée.

Forme miliaire aiguë. — Dans cette variété, la proportion des guérisons est de 0 p. 0/0. Il est bien entendu que nous ne voulons pas entendre ici, par forme miliaire aiguë, cette tuberculose disséminée dans toute l'économie et dont le péritoine ne représente qu'un des foyers, de cette affection qui, avec des symptômes généraux très graves, marque une intoxication complète de l'économie tout entière. Parler dans ce cas d'intervenir, serait pure folie, et l'on ne pourrait que hâter la fin des

pauvres malades. Mais, ceci à part et ne prenant en considération que la tuberculose localisée au péritoine, c'est-à-dire celle qui semble appeler la main du chirurgien, précisément parce qu'elle est bien limitée, nous sommes forcés de reconnaître, devant les quelques faits à citer, que la mort est de règle après l'intervention. Tel, le triste bilan que rapporte Aldibert, dans sa thèse inaugurale : deux opérés, deux morts. A ces deux cas, nous ajoutons celui de M. Demmuler, que nous rapportons plus loin : observation I^{re}.

Forme ascitique subaiguë. — Dans notre deuxième catégorie de péritonites tuberculeuses, nous voulons parler de celles qui, sans avoir des symptômes aussi graves et une allure aussi aiguë que la forme miliaire, s'accompagnent néanmoins de fièvre, de douleurs abdominales violentes, de vomissements et d'amaigrissement rapide, les résultats sont bien plus satisfaisants. Nous nous en rapportons, du reste, aux observations que donne Aldibert, et nous trouvons chez l'adulte 50 p. 0/0 de guérisons, et chez l'enfant, 5 résultats satisfaisants sur 6 opérés. Nous rapportons nous-même, dans notre observation II, le cas d'une malade qui, guérie de sa péritonite tuberculeuse après deux laparotomies, aurait pu survivre à la dernière opération, si des accidents pulmonaires ne l'eussent emportée quelque temps après.

Forme ascitique chronique généralisée. — Passons maintenant aux formes ascitiques chroniques, que déjà nous avons subdivisées en généralisées et enkystées.

Pour la variété généralisée, la statistique nous apprend que la guérison a été obtenue dans 73,33 p. 0/0 des cas. Les tableaux d'Aldibert arrivent à des résultats plus satisfaisants encore, puisqu'ils nous donnent, chez l'enfant, 93,8 p. 0/0 de guérisons, dont la plupart définitives ; et chez l'adulte, 71 p.

0/0, ce qui fait une moyenne de 82,4 p. 0/0. Richelot a même pu vérifier, sur le vivant, un cas de guérison de péritonite tuberculeuse par la laparotomie, et nous rapportons plus loin, en entier, cette observation. (Obs. III).

En face de succès si nombreux, on a bien essayé de dire que très souvent on se trouvait en présence de péritonites chroniques non tuberculeuses, et le cas d'Hénoch semble justifier cet argument spécieux. Il s'agissait d'une jeune fille de cinq ans, laparotomisée pour péritonite tuberculeuse, chez laquelle le savant clinicien n'a pu trouver ni bacilles, ni cellules géantes ; mais uniquement du tissu conjonctif et des cellules embryonnaires. Toutefois, à côté de ce cas, nous pourrions en citer de bien nombreux où la lésion tuberculeuse, vérifiée histologiquement, ne laissait aucun doute. Nous lisons dans la *Revue de chirurgie* de 1892 : « Un chirurgien étranger a déjà pu constater, sur le vivant, la réalité de la guérison de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. Il s'agissait de la forme ascitique. Dans le liquide évacué par la laparotomie, on trouva des bacilles tuberculeux. L'ascite se reproduisit, et, dans le liquide retiré par une deuxième laparotomie, on ne trouva plus de bacilles. »

Notre observation IV est intéressante aussi, parce qu'elle nous a permis de constater anatomiquement la guérison presque complète d'une péritonite tuberculeuse par la simple laparotomie.

Forme ascitique chronique enkystée. — Les succès opératoires que nous avons vus devenir de plus en plus nombreux dans les diverses variétés que nous avons étudiées, sont plus assurés encore dans la forme enkystée que dans toute autre. Et, du reste, il est facile de nous rendre compte que la partie malade est ici plus restreinte que dans tous les cas étudiés. La tuberculose n'est plus même localisée à la séreuse péritonéale, mais

à une partie de celle-ci. De plus, l'évolution en est essentiellement lente et chronique, et très souvent il n'existe pas de lésions bacillaires sur les autres points de l'économie, de sorte que l'état général se maintient aussi bon qu'on peut le désirer.

Aucune de ces considérations n'est négligeable, et c'est à elles que M. Aldibert doit la brillante statistique qu'il rapporte. Il a, en effet, obtenu 100 guérisons sur 100 enfants opérés et, parmi les adultes, il a eu 76,7 p. 0/0 de succès opératoires.

Manuel opératoire de la laparotomie. — C'est ici le lieu, croyons-nous, de dire un mot du manuel opératoire de la laparotomie, d'abord d'une façon générale, ensuite en envisageant les divers cas qui ont fait l'objet de notre étude. Ce qui nous frappe tout d'abord, [c'est de voir la multiplicité des moyens qui ont donné de bons résultats. Un seul fait se retrouve partout, c'est la large ouverture de l'abdomen et très souvent l'intervention s'est bornée à cette incision. D'après cela, nous comprenons que la technique opératoire n'est pas très compliquée : le point capital consiste dans l'application d'une asepsie rigoureuse.

Plusieurs jours avant l'opération on aura eu le soin de faire prendre au malade des bains savonneux et après un lavage très antiseptique (sublimé, alcool) de la paroi adominale, on recouvrira celle-ci d'un pansement boriqué humide permanent. L'intestin lui-même sera désinfecté dans la mesure du possible en faisant prendre à l'opéré du salol, par exemple. Les instruments, stérilisés dans l'étuve, seront flambés à l'alcool, l'opérateur enfin ne négligera pour lui-même, pour ses aides et pour tout ce qui doit lui servir, aucun point de la propreté chirurgicale. Autant que possible, l'incision sera médiane et sous-ombilicale, car on entre ainsi directement dans l'abdomen et dans la plupart des cas le liquide ascitique s'écoule plus facilement par cette incision que par n'importe quelle autre. Une grande prudenec

présidera à l'incision ; car si l'on n'agit avec lenteur et circonspection on court le risque de blesser l'épiploon ou l'intestin, qui souvent ont contracté des adhérences avec la paroi. Ce danger existe d'autant mieux qu'elle saigne abondamment, particulièrement dans le plan rétro-musculaire, ainsi qu'on l'a signalé dans un grand nombre d'observations. Or, ce sang qui s'écoule en abondance, joint à l'épaississement parfois très grand du feuillet pariétal du péritoine, peuvent dérouter un opérateur même habile ; car, ainsi que le rapporte Aldibert, « deux chirurgiens distingués ont dans cette manœuvre blessé l'intestin adhérent à la paroi et il en est résulté dans les deux cas une fistule intestinale qui a fortement contribué à l'insuccès de l'intervention. » On agira donc avec les plus grandes précautions et, une fois le péritoine ouvert, on ne procédera pas à l'agrandissement de l'incision avant de s'être rendu compte, par une exploration attentive du doigt, s'il n'existe dans le voisinage aucune adhérence de l'épiploon ou de l'intestin. Le péritoine ouvert, que reste-t-il à faire ? Rien qu'à refermer purement et simplement le ventre, dans la forme miliaire aiguë.

Dans les formes ascitiques généralisées, quand le liquide sans trace de pus est libre dans la cavité péritonéale, on laisse l'ascite s'écouler et à l'aide de compressions méthodiques, on en favorise même l'issue, car moins il en restera et plus la cure sera assurée. Ceci est si vrai que par une évacuation complète on pourrait même prévenir les récidives et voilà pourquoi, avant de refermer le ventre, on pourra absterger soigneusement les dernières gouttes à l'aide d'éponges ou de compresses antiseptiques. Mais si l'on se trouvait en face d'un liquide séro-purulent ou franchement purulent, si l'on rencontrait des flocons fibrineux ou des fausses membranes marchant à la suppuration, on devrait exécuter un lavage soigné de la cavité péritonéale à l'aide d'eau stérilisée et maintenue à la tempéra-

ture de 39° ou 40°. On dessécherait ensuite la séreuse à l'aide de compresses antiseptiques et même un drainage pourrait trouver son indication si le liquide était purulent.

Que nous ayons à laparotomiser une péritonite enkystée, et l'incision de choix, lorsqu'elle sera possible, sera encore sur la ligne blanche et au-dessous de l'ombilic ; mais, d'une façon générale, le bistouri devra porter sur le point culminant de la poche fluctuante, pour éviter l'infection du restant de la séreuse. Suivant la nature du contenu on s'en tiendra à la simple incision ou bien on pratiquera un lavage suivi ou non de l'application d'un drain. Mais ce drainage, dont nous parlons pour la seconde fois, ne manque pas d'inconvénients, sur lesquels nous n'insisterons pas, d'autres l'ayant fait avant nous. Il est des circonstances, cependant, qui semblent imposer ce drainage lorsqu'on se trouve devant un exsudat purulent par exemple. Il convient alors, comme lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorragie, de pratiquer le tamponnement suivant Mikulicz en se servant pour remplir le morceau de gaze extérieur des mèches de coton que recommande Gersung.

Contre-indications.— Après bien des discussions, les chirurgiens, de nos jours, paraissent absolument d'avis qu'il faut intervenir dans les formes ascitiques de péritonite tuberculeuse. La seule contre-indication bien précise se tire de l'état du poumon et l'on est bien d'accord pour dire qu'il faut s'abstenir lorsqu'il existe une phtisie avancée.

Pour Pic, il y a contre-indication absolue dans la forme granulique, ainsi que dans les cas d'ascite lorsqu'il existe un état fébrile inquiétant, des symptômes pulmonaires assez avancés ou des signes d'ulcérations intestinales. Telle n'est pas tout à fait notre opinion, et nous nous rangeons du côté d'Aldibert, qui veut que l'opération soit indiquée dans toutes les formes ascitiques aiguës ou chroniques, généralisées ou enkys-

tées. Même dans les formes aiguës, dit cet auteur, les insuccès ne doivent pas suffire à proscrire toute intervention chirurgicale. « En présence de ces malades, dit-il, qui courent à une mort » rapide et presque inévitable, a-t-on le droit d'assister froidement à cette lutte de l'organisme contre l'infection bacillaire? » Ne peut-on faire plus qu'une médication symptomatique. » qu'ordonner des révulsifs locaux, de la glace, de l'opium? » Mais à quel moment devons-nous intervenir? Pribram, Kussmaul, Audry, veulent qu'on épuise d'abord les ressources médicales; Maurange pose comme indications : l'aggravation de la péritonite malgré un régime sévère, l'augmentation de l'ascite, l'amaigrissement, les vomissements, la fièvre vespérale, l'apparition dans la plèvre d'un épanchement peu abondant. Evidemment ces indications ne manquent pas d'être judicieuses si l'on compte sur la possibilité d'une guérison spontanée. Mais est-il bien charitable d'attendre ainsi l'épuisement du malade et l'apparition de la fièvre? Nous voyons que Maurange est en contradiction absolue sur ce point avec Pic. Celui-ci, en effet, prétend que la période fébrile est une contre-indication de la laparotomie; celui-là veut, au contraire, attendre pour intervenir que le symptôme fièvre ait apparu. Dans quel camp devons-nous donc nous ranger? Il ne nous paraît pas possible ici encore de prendre parti entre ces deux opinions, et du reste il est bien rare en clinique que des règles générales soient rigoureusement applicables et c'est aux indications spéciales fournies par chaque cas particulier que le chirurgien doit conformer sa conduite. Voici pour notre part ce que nous concluons : on doit songer à la laparotomie chaque fois que dans une péritonite ascitique tuberculeuse bien diagnostiquée, on ne voit pas l'épanchement se résorber, qu'il augmente au contraire progressivement et que la guérison spontanée par transformation fibreuse ne paraît pas devoir s'effectuer. Toutefois si la fièvre est grande chez le malade il nous paraît très juste d'essayer de

le rendre apyrétique par une thérapeutique médicale avant de prendre le bistouri et si, malgré tout, l'état fébrile persiste mieux vaut encore intervenir que retarder indéfiniment l'opération. En effet, si la laparotomie pratiquée pendant la période fébrile court, d'après Pic, le risque de donner un coup de fouet à la tuberculose, et de provoquer la généralisation dans un délai plus ou moins rapproché, on peut citer, par contre, de nombreux faits dans lesquels l'ouverture du ventre, loin de provoquer la généralisation et d'aggraver l'état du malade, a rapidement fait tomber l'hyperthermie.

FORMES FIBREUSES SÈCHES

Nous entendons par péritonites fibreuses sèches, celles qui, anatomiquement, sont caractérisées par un semis de granulations tuberculeuses sur la séreuse avec absence de liquide ascitique ; mais dont l'évolution reste lente et chronique avec un état général stationnaire assez bon.

Il ne faudrait pas, en effet, confondre cette forme avec cette autre qui, au point de vue histologique, lui est identique, mais qui s'en distingue essentiellement, au point de vue clinique, par son allure rapide, son caractère aigu, un état général grave et que déjà nous avons étudiée sous le nom de forme miliaire aiguë.

Nous ne sommes pas éloigné de croire que ces formes fibreuses sèches ne sont autre chose qu'une transformation de péritonites ascitiques en voie de guérison, dans lesquelles le liquide s'est résorbé en laissant à nu les tubercules miliaires, avec ou sans adhérences. Si cela n'était, il faudrait admettre que l'on est en présence d'une tuberculose dont l'évolution péritonéale se fait d'une façon si sourde, si lente, s'accom-

pagne de si peu de réaction inflammatoire, que la séreuse ne transsude pas du tout; nous préférons la première opinion. Mais, quoi qu'il en soit, il nous faut encore ici distinguer, avec Aldibert, deux variétés : la forme fibrino-plastique adhésive et la forme fibreuse sèche proprement dite.

Forme fibro-adhésive. — Dans le premier cas, que le liquide se soit en partie résorbé (péritonite ascitique transformée), qu'il y en ait eu très peu au début ou pas du tout même (péritonite fibreuse à évolution très lente), on constate des dépôts fibreux et des adhérences qui peuvent devenir de plus en plus nombreuses et résistantes. La caractéristique, en effet, de la forme fibrino-plastique adhésive consiste dans la formation de fausses membranes épaisses, fibreuses, enserrant et englobant les organes intra-abdominaux, étouffant, en un mot, les granulations tuberculeuses qui recouvrent la séreuse. Certains auteurs font même, de cette variété, une péritonite en voie de guérison manifeste, dans laquelle les tubercules étouffés par les adhérences, subiraient la transformation fibreuse et deviendraient des corps inertes. Ici pas d'exsudat, ou, s'il en existe, il se trouve englobé dans une ou plusieurs loges donnant le simulacre des fausses tumeurs signalées par Kœnig.

Forme sèche proprement dite. — Dans le second cas (forme sèche proprement dite), on ne constate que des tubercules disséminés sur tout le péritoine, sans liquide, sans adhérences. La séreuse est, en tous points, ce qu'elle est dans les formes ascitiques une fois qu'on en a retiré tout le liquide.

Résultats opératoires. — C'est à l'intervention sanglante et non à la thérapeutique médicale que nous nous adresserons encore pour le traitement de ces formes sèches que nous venons de différencier. Tout en étant moins nombreux que dans

les formes ascitiques, les succès opératoires n'en sont pas moins réels. Leur nombre, relativement restreint, explique toutefois pourquoi les chirurgiens sont partagés en deux camps. Les uns, avec Terrillon, Elmassian, Schwartz, Poncet et Jacobs, veulent que l'ouverture du ventre soit un excellent moyen curatif des formes sèches ; les autres, avec Truc, Heydenreich, Routier, Kummel, Cabot, Elder, Thompson, affirment que, dans ces variétés, l'opération a bien peu de chances de succès. D'autres, enfin, comme Pic, ne se prononcent pas, sous le prétexte que le nombre des observations est beaucoup trop restreint.

Si nous examinons d'abord les formes sèches proprement dites, c'est-à-dire celles qui ne présentent ni adhérences, ni fausses membranes, ni liquide ascitique, mais un simple semis tuberculeux, nous trouvons un cas cité par Aldibert, dans lequel la guérison a été obtenue et contrôlée deux ans après. Dans la Revue de chirurgie de 1893, il est rapporté un second cas, celui d'une femme de 47 ans, qui succomba au marasme, deux mois après l'opération. En face de deux résultats si différents, devons-nous opter pour ou contre la laparotomie ? Il nous semble que l'hésitation n'est guère possible et que l'intervention s'impose ici comme dans les formes ascitiques. N'avons-nous pas vu, en effet, que cette péritonite fibreuse sèche n'était autre chose que la forme ascitique, avec cette différence que le liquide n'existait pas, soit qu'il eût disparu par résorption, soit qu'il ne se fût jamais montré ? Or, pourquoi reculer ici devant l'intervention alors que nous avons vu ses beaux résultats dans des formes analogues ? Et qui nous dit que cette affection, encore en voie d'évolution, ne deviendra pas ulcéreuse, c'est-à-dire très grave, ainsi que nous le verrons bientôt, au lieu de marcher vers la guérison, en donnant naissance à des fausses membranes et à des adhérences fibreuses, capables d'étouffer les granulations ? Puisque le processus vers la guérison n'est pas fatal, puisque cette variété peut avoir deux

aboutissants si tranchés et si différents comme pronostic, il nous paraît juste de ne pas nous exposer à laisser le mal devenir irréparable et d'intervenir, dès le diagnostic posé, comme s'il s'agissait d'une forme ascitique.

Toute différente est la question dans la forme fibrino-plastique adhésive si nous nous souvenons que cette péritonite tuberculeuse est généralement regardée comme une forme de guérison. Il paraît tout naturel de laisser le mal évoluer seul, puisque la terminaison doit être heureuse, et la laparotomie paraît y avoir très peu d'indications. D'autre part, que de difficultés opératoires ne rencontre-t-on pas pour les cas qui nous occupent actuellement ! La soudure de l'intestin avec la paroi abdominale et l'accolement des anses intestinales entre elles, demandent de grandes précautions dans l'ouverture de l'abdomen ; car, non seulement les lésions des organes intra-abdominaux est possible, mais encore elle est facile. D'une part, par conséquent, on se trouve en face d'une péritonite dont le pronostic est généralement favorable et, d'autre part, au milieu de difficultés opératoires immédiates, on ne sait si l'on pourra agir efficacement sur toute la partie de la séreuse malade, car les adhérences, parfois très nombreuses et que l'on ne saurait détruire sans danger, permettent, quelquefois à peine, d'agir sur un tout petit paquet d'anses intestinales. Quel serait ici le bénéfice de l'intervention ? D'un côté, la guérison peut être spontanée ; de l'autre, une lésion intestinale ou une fistule stercorale, sont possibles.

Toutefois, après avoir pris connaissance des observations que rapporte Aldibert sur cette forme, nous voyons que souvent on est appelé, même dans ces formes adhésives, à prendre le bistouri. Mais quels sont les motifs qui ont pu décider les chirurgiens à l'intervention ? Nous avons en première ligne l'incertitude du diagnostic. Celui-ci est, en effet, très difficile, et la plupart du temps, il n'est possible de le poser que

quand déjà la cavité abdominale a été ouverte. Ensuite, les fausses membranes, les adhérences multiples entraînent souvent des accidents qui nécessitent et justifient l'intervention ; telles sont : les douleurs, la constipation opiniâtre qui, parfois, dégénère en une véritable obstruction intestinale. Enfin, le chirurgien peut bien se laisser forcer la main aussi par une aggravation de l'état général trahissant des lésions profondes ou une poussée granulique nouvelle. Ainsi donc, nous avons dans la forme fibrino-plastique adhésive trois grandes indications. Dans le premier groupe, nous classons les laparotomies dirigées contre une affection dont le diagnostic était incertain et nous avons, comme résultats opératoires, sur 11 cas deux décès seulement, occasionnés l'un par tuberculose généralisée tardive, l'autre par fistule intestinale secondaire (observations d'Aldibert), non seulement les 9 autres cas ont abouti à la guérison opératoire, mais encore à la guérison de la péritonite. En tout cas, il est dûment constaté que jamais la laparotomie n'a occasionné la mort par elle-même.

Dans le deuxième groupe, l'intervention a été entreprise dans le but de parer aux douleurs violentes, à une constipation opiniâtre, qui, parfois, prenait l'allure d'une vraie occlusion avec coliques intenses, et les résultats en ont été très heureux. Cinq fois sur six, en effet, la laparotomie est arrivée à supprimer les phénomènes douloureux et, dans tous les cas, la guérison de la péritonite a été effective. Il faut pourtant en excepter le cas de Kendal Franks, dans lequel une récurrence est apparue après trois ans d'amélioration.

Dans le troisième et dernier groupe, enfin, il s'agissait de malades dont l'état général allait s'aggravant et chez lesquels la laparotomie a donné 75 % de succès, les cas malheureux étant pour la plupart dus à des fistules intestinales secondaires.

Manuel opératoire. — Nous venons de voir que dans ces formes fibreuses avec adhérences, il faut assez souvent ne pas hésiter à pratiquer la laparotomie qui, par elle-même, n'a aucune gravité si on s'astreint à une asepsie et à une antiseptie parfaites.

Disons un mot du mode opératoire dans ces formes fibreuses. Tout ce que nous avons dit au point de vue de la propreté chirurgicale en parlant des formes ascitiques est encore applicable ici. Le lieu d'élection, c'est-à-dire la ligne blanche sous-ombilicale, est toujours le même, chaque fois surtout que les tumeurs sont multiples ; mais le bistouri doit être dirigé sur la tumeur elle-même lorsqu'il n'en existe qu'une. Nous ne nous attarderons pas à parler de nouveau de la grande vascularité de la paroi abdominale et nous insistons de suite sur la prudence avec laquelle doit être manié l'instrument.

Il existe, en effet, ici un danger imminent, celui de blesser l'intestin adhérent à la paroi. Il faut donc ne s'avancer qu'avec mille précautions et à petits coups ; il faut se souvenir que le péritoine est toujours plus ou moins épaissi, qu'il est, en tout cas, très friable et que des chirurgiens habiles ont, malgré toute leur prudence, lésé l'intestin. Nous nous permettons à ce propos de relater une observation de M. Gérard Marchand, qui nous montre les difficultés extrêmes que l'on peut rencontrer lorsque l'intestin est adhérent à la paroi. (Observ. V.)

Ces difficultés ont été cause qu'un certain nombre de chirurgiens préfèrent aujourd'hui l'incision sus-ombilicale afin que, tombant sur l'épiploon, on sache si oui ou non on a pénétré dans la cavité abdominale. Celle-ci une fois ouverte, que nous reste-t-il à faire ?

Doit-on essayer de détacher les adhérences ou doit-on les respecter ? Nous pensons qu'on devrait essayer de les détacher, s'il existait des phénomènes douloureux et si on supposait qu'elles en fussent la source, ou bien si elles étaient l'occasion

d'une obstruction intestinale. Mais alors il faudrait agir avec la plus grande douceur et la plus grande circonspection, ayant toujours présente à l'esprit la possibilité d'une perforation intestinale immédiate ou d'une fistule secondaire.

Si, au contraire, il n'existe ni douleurs ni menace d'occlusion intestinale, il nous paraît bon de faire seulement la toilette du péritoine et de refermer ensuite l'abdomen. Pourquoi, en effet, se livrer à des manœuvres compliquées ? pourquoi entreprendre une décortication toujours périlleuse, puisqu'il existe nombre de cas où la guérison a été obtenue par une simple incision suivie ou non du lavage de la cavité ? Terrillon, Jacobs ont obtenu la guérison de péritonites fibro-adhésives par le décollement de quelques adhérences et un lavage nécessairement très incomplet. Du reste, pas plus ici que dans les formes ascitiques, le lavage n'a fait merveille et la proportion des guérisons ne varie pas, qu'il soit exécuté ou non. Ce qu'il y a de mieux à faire la plupart du temps, c'est la toilette pure et simple de la séreuse avec des tampons imbibés de sublimé à 1/1000, ou bien de toucher avec du naphthol camphré les néoformations tuberculeuses. Quant au drainage, point n'en est besoin dans les formes fibreuses. Il conserve ses nombreux inconvénients et n'entraîne aucun bénéfice sérieux pour le malade, puisqu'il n'existe généralement pas de liquide épanché.

En tout cas et s'il pouvait trouver une indication quelconque : hémorragie en nappe ou suintement abondant, il faudrait aussitôt que possible le supprimer.

Contre-indications. — La laparotomie est-elle contre-indiquée quelquefois dans ces formes fibreuses ? Assurément, lorsque, par exemple, la tuberculose est disséminée sur un certain nombre d'autres organes, lorsque les lésions sont tellement généralisées, tellement multiples que tout indique une

infection profonde. Pourquoi tracasser un organisme débile, sans résistance possible contre l'invasion bacillaire ?

Aldibert veut aussi que l'intervention soit inutile dans la forme fibro-adhésive. Il fait valoir que cette affection est une tuberculose en voie de guérison, ainsi que déjà nous l'avons rapporté.

Mais au lieu que la guérison spontanée ne se fait qu'avec une extrême lenteur, alors que les gâteaux tuberculeux ne disparaissent qu'insensiblement si l'on n'intervient pas, les masses tuberculeuses, les fausses membranes, les exsudats s'en vont avec une rapidité surprenante lorsqu'on laparotomise, et un tel résultat, nous semble-t-il, mérite bien qu'on le poursuive.

FORMES ULCÉREUSES

Il nous reste maintenant à examiner les formes ulcéreuses de tuberculose péritonéale. Ces dernières, nous l'avons dit plus haut, sont loin de constituer une classe absolument à part. Ce ne sont pas des péritonites particulières, n'ayant aucun lien avec celles que nous avons étudiées ; mais elles sont l'aboutissant naturel des formes précédentes. Les tubercules ont poursuivi leur évolution, et, par leur ramollissement, ils ont provoqué la formation d'ulcérations multiples. Dès lors, la séreuse revêt un aspect particulier qui a fait qualifier d'ulcéreuse cette phase de l'affection. Du reste, cette forme n'est jamais pure, elle se combine avec les autres. Le travail de destruction s'est poursuivi au milieu des fausses membranes, au milieu des adhérences, au milieu des granulations qui infiltraient la séreuse, l'épiploon ou le mésentère. La conséquence de cette œuvre ulcéralive a été la formation d'espaces remplis de pus

ou de matières caséeuses, la communication d'anses intestinales voisines, la création de fistules stercorales.

Résultats opératoires. — Que doivent et que peuvent être ici les résultats opératoires? Evidemment, nous devons nous attendre à bien peu de succès. Peut-on savoir la profondeur des lésions? peut-on même soupçonner quelquefois, au milieu d'adhérences inaccessibles, quels abcès, quelles fistules compliquent l'affection tuberculeuse? Si, du moins, on pouvait sans danger détacher les adhérences et faire des recherches au milieu des fausses membranes! Mais, qu'il nous suffise de rappeler le cas de Czerny qui, voulant exécuter ce travail pour une malade qui présentait déjà une fistule stercorale, fit, à l'intestin, sept déchirures et qui, en ayant suturé cinq et réséqué deux, vit son opérée mourir dix heures après. Toutefois, au point de vue des résultats opératoires, nous sommes obligés, ici encore, d'établir des subdivisions, et nous distinguerons, avec Aldibert, trois formes : formes sèches, formes suppurées multiloculaires, formes suppurées généralisées ou enkystées monoloculaires.

Formes sèches. — Les statistiques ne sont pas riches en succès pour le cas qui nous occupe. On ne compte, en effet, que quelques rares guérisons et nous n'en connaissons guère de définitive que celle de l'enfant opéré par Caspersohn. Encore, si nous lisons avec attention cette observation rapportée par Aldibert (obs. XXXIX), nous remarquons que les lésions, peu étendues et peu profondes, indiquaient que la phase ulcéreuse de la péritonite était à son début. Au contraire, chaque fois qu'il s'est agi de péritonites ulcéreuses avancées, avec lésions étendues en surface et en profondeur, nous constatons que la mort n'a pas tardé à survenir chez les opérés. Ce n'est donc que tout à fait au début des ulcérations, alors que l'affection

n'évolue pas encore sur un organisme affaibli et que la virulence n'est pas très grande, que l'on peut attendre de bons résultats de la laparotomie.

Formes suppurées multiloculaires — Quatre opérés, quatre morts ! Voilà le triste bilan de ce que l'on peut attendre, dans ces formes, de l'ouverture de l'abdomen. De ces quatre cas, l'un appartient à Démosthène, qui le rapporte au Congrès de chirurgie de Paris, 1889. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans, atteint de péritonite suppurée multiloculaire et reconnue tuberculeuse par l'examen histologique. L'opération fut suivie d'un lavage et du placement d'un drain, ce qui n'empêcha pas le malade de mourir deux mois et demi après. M. Jalaguier, en 1891, a laparotomisé, à l'hôpital Trousseau, deux malades du même genre et tous deux ont succombé rapidement. Qu'y a-t-il d'étonnant, dans ces pauvres résultats, si l'on songe que l'opération doit être fatalement incomplète, quelques soins scrupuleux qu'on y apporte ? Nous l'avons dit déjà et nous le répétons : il est toujours fort difficile et même impossible d'aller à travers les fausses membranes et les adhérences, décortiquant les anses intestinales agglutinées, pour rechercher les divers foyers qui appelleraient le bistouri.

Formes généralisées et enkystées monoloculaires. — Nous rangeons dans un même groupe ces deux variétés au point de vue du traitement chirurgical ; car, de toutes les formes ulcéreuses, ce sont les deux seules qui puissent donner de bons résultats opératoires. Si nous réunissons, en effet, tous les cas que rapporte Aldibert, nous trouvons 60 p. 0/0 de guérisons définitives à la suite de la laparotomie.

Ceci s'explique, si nous nous rendons bien compte que nous nous trouvons en face d'une loge remplie de pus, lequel ne demande qu'à être évacué comme lorsqu'il s'agit d'un abcès.

Les recherches ne sont plus, pour ces cas, ce qu'elles étaient tout à l'heure, dangereuses et vaines. Il est généralement facile de pénétrer jusqu'au foyer d'infection pour peu qu'il fasse relief à l'extérieur.

Il y a même, croyons-nous, indication à laparotomiser le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que le diagnostic aura été posé, afin d'éviter des accidents d'infection générale ou des ulcérations secondaires des organes intra-abdominaux.

Contre-indications. — Nous renvoyons à ce que nous avons dit des autres péritonites pour les contre-indications résultant d'un état général mauvais et d'une généralisation bacillaire trop étendue. Toutefois nous faisons observer que dans les formes ulcéreuses plus encore que dans les autres, le pronostic est défavorable, car le fait même de l'ulcération, de la présence du pus, de la dégénérescence caséuse des tubercules, prouve déjà que l'organisme affaibli ne réagit plus ou réagit très peu contre le développement de la bacillose.

Enfin nous pensons aussi qu'il faudra s'abstenir chaque fois que l'on soupçonnera l'existence de foyers multiples disséminés un peu partout, et peu accessibles, par conséquent, à cause de la difficulté des recherches, difficulté due aux adhérences étendues et à la friabilité très grande de l'intestin.

Mode opératoire. — Nous serons très bref à ce sujet : la laparotomie devra toujours porter sur le point culminant de la poche suppurée, et le chirurgien se souviendra bien qu'il faut manier le bistouri avec une grande prudence. Il est exposé, en effet, à blesser l'intestin, et c'est surtout dans ces formes ulcéreuses qu'arrive cet accident, à cause du ramollissement, des ulcérations et du peu de résistance des parois intestinales. Nous pensons qu'il faut ensuite supprimer les parties caséuses en se servant du thermo-cautère, vider les foyers purulents et les

isoler, autant que faire se peut, du reste de la cavité abdominale. Si l'extirpation des parties malades est impossible, nous ferons suivre l'incision abdominale d'un lavage antiseptique et nous laisserons à demeure un drain très souple (tamponnement de Mickulicz) ; nous le retirerons au premier jour pour éviter soit une lésion de l'intestin, soit une fistule secondaire.

MODE D'ACTION DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Il nous reste à étudier un point très intéressant de la question, celui du mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

En présence des résultats obtenus et que nous exposons depuis le commencement de ce travail, on ne saurait mettre en doute cette action curative ; mais il se trouve encore des esprits qui ferment les yeux devant les succès opératoires et qui veulent que la laparotomie soit inutile. Ils prétendent que les interventions suivies de résultats heureux n'existent pas et que tous ces malades guéris l'auraient été tout de même, tantôt par l'expectation, tantôt par les moyens médicaux. Pour justifier l'abstention ils vont même jusqu'à dire que non seulement la laparotomie n'est pas nécessaire, mais encore qu'elle est bonne tout au plus à hâter, dans les cas malheureux, la terminaison fatale.

Tous les chirurgiens savent aujourd'hui, même les plus pessimistes, que si la laparotomie ne guérit pas les péritonites tuberculeuses, elle aide puissamment à la guérison naturelle, ne serait-ce qu'en vidant l'ascite. Cette dernière, lorsqu'elle existe, comprime les vaisseaux, empêche la résorption des produits inflammatoires, et gêne par son abondance le fonctionnement régulier de la respiration et de la circulation. (*Revue de chirurgie* de 1893.)

Le docteur Ceccherelli, de Parme, a fait des recherches rela-

tives à la cure radicale de la péritonite tuberculeuse et il a étudié comment se comportait le péritoine dans les cas d'ascite lorsque cette dernière était due à un défaut de circulation, à l'irritation de la séreuse, à l'inflammation ou à un autre processus morbide. Il constate que l'ascite est due le plus souvent à l'irritation du péritoine par frottement entre les intestins et la séreuse et à un processus phlogistique tuberculeux. Il ajoute que le liquide ascitique lui-même est un excellent milieu de culture pour le bacille tuberculeux, et dès lors il s'explique comment l'évacuation de cet épanchement peut contribuer à la guérison.

Bien d'autres hypothèses ont cours encore, et nous allons nous arrêter aux principales.

Les uns veulent que le liquide ascitique ne constitue pas seulement un milieu de culture bacillaire, mais qu'il soit encore chimiquement toxique, et que l'enlever, revient à faire disparaître du même coup la fièvre et les phénomènes d'intoxication chronique. De là, l'amélioration qui suit si rapidement l'intervention chirurgicale.

Kœnig, Cabot et Pic, veulent que le seul résultat de la laparotomie consiste à favoriser la transformation fibreuse des tubercules. Et, si l'on se demande comment l'opération peut favoriser ce travail de régression, on nous répond que, le liquide dans lequel baignent les granulations venant à disparaître, les feuillets péritonéaux peuvent contracter des adhérences qui englobent et étouffent les tubercules. Oui, cette explication pourrait, à la rigueur, nous suffire pour ce qui concerne les formes ascitiques ; mais, comment appliquer cette théorie aux formes sèches et ulcéreuses ? Dira-t-on, alors, que les succès doivent être attribués aux lavages consécutifs, aux poudres antiseptiques ? Mais les résultats heureux, sans lavage, se comptent par centaines.

Pour nous, nous pensons que l'intervention par la laparoto-

mie « provoque une grande irritation, qu'elle amène un afflux
« de sang plus considérable vers les organes intra-abdominaux,
« et que tout cela doit stimuler, comme un coup de fouet,
« l'aptitude réactionnelle du péritoine, qui semblait endormie
« ou était entravée. »

Tout ceci, en somme, ne repose sur rien de bien fondé ; un seul point reste acquis, c'est que l'incision abdominale peut arrêter la marche du nodule tuberculeux vers la caséification. Le mode d'action reste un mystère à l'heure actuelle, et ce que nous devons retenir, c'est que la laparotomie est un excellent moyen curatif dans la plupart des péritonites tuberculeuses. Il faut donc, suivant l'avis de MM. les professeurs Forgue et Reclus, intervenir de bonne heure « tant que des lésions
« pleuro-pulmonaires avancées, tant que la gravité de l'état
« général ne le contre-indiquent pas. »

DE L'INSUFFLATION D'AIR DANS LE PÉRITOINE TUBERCULEUX

Avant de terminer ce qu'il y a à dire sur le mode d'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, il nous paraît utile de citer quelques lignes que nous avons extraites de la *Revue de chirurgie* (1894), à propos de l'action curative de l'air par le D^r Folet. L'auteur nous dit, en parlant des interventions dans la tuberculose péritonéale :

« Dans toutes ces opérations, les chirurgiens se sont comportés de bien des façons : les uns ont pratiqué seulement l'évacuation laparotomique du liquide abdominal ; les autres ont fait suivre cette évacuation de manœuvres destinées à modifier la surface séreuse : lavages simplement détersifs à l'eau bouillie ; lavages modificateurs avec de l'eau salée ou avec des solutions de thymol et attouchements au naphthol camphré, à la teinture d'iode, saupoudrages d'iodoforme, nettoyages et raclages avec la gaze iodoformée ou salolée, drainage péritonéal, etc. »

Comme dans tout cela il n'existe qu'un facteur commun : la large ouverture du péritoine, la mise à nu, l'exposition à ciel ouvert de la séreuse malade, il est assez logique de dire que le contact de l'air, l'assèchement, l'influence de la lumière peut-être, sont susceptibles d'agir directement sur le processus tuberculeux, de tuer le bacille anaérobie, ou bien encore de frapper de mort un microbe anaérobie dont l'association avec le bacille favorise la pullulation de ce dernier ou enfin de favoriser le développement d'un microbe antagoniste.

De là, à essayer dans la cure des péritonites tuberculeuses à forme liquide, où, pour des raisons quelconques, la laparotomie ne peut être faite, l'évacuation par ponction de la sérosité suivie de l'insufflation d'air dans la cavité évacuée, il n'y avait qu'un pas, et de fait, on cite des cas suivis de guérison.

Du reste, M. Folet n'est pas le premier qui ait eu cette idée, car, dès le mois de mai 1892, le professeur Mosetig Moorhof, de Vienne, avait imaginé ce mode de traitement ; mais c'était de l'air filtré que voulait insuffler ce maître ; tandis que M. Folet veut que l'on se serve d'air naturel, et il a raison en cela, puisqu'il appuie son système curatif sur les résultats que donnerait l'accès de l'air libre sur le péritoine, lorsqu'on pratique la laparotomie.

CONCLUSIONS

1° La laparotomie est d'une efficacité incontestable dans presque tous les cas de péritonite tuberculeuse.

2° Les formes ascitiques sans exception ne demandent pas d'autre mode de traitement.

3° Elle a donné de bons résultats, dans les formes fibreuses sèches et même dans les formes fibro-adhésives, quand il y avait des phénomènes de douleur ou des symptômes d'occlusion intestinale.

4° Si les résultats de l'intervention sont déplorables dans les formes ulcéreuses à foyers multiples, ils sont assez beaux dans les formes ulcéreuses généralisées ou enkystées monoloculaires.

5° Dans les cas de diagnostic incertain il faut laparotomiser, à cause de l'innocuité relative de l'opération, quand on observe les règles de l'aseptie et de l'antiseptie.

6° La principale contre-indication, dans toutes les formes, paraît se tirer de l'état général lorsque celui-ci est trop mauvais.

OBSERVATIONS

Observation Première

Péritonite tuberculeuse à forme sèche. — Laparotomie. — Mort 2 mois après.
(Par le docteur DEMMULER).

Une malade se présente avec les symptômes d'une granulie à marche rapide, avec localisation prédominante sur le péritoine. Malgré un traitement médical suivi, il n'y eut aucune amélioration. Aussi se décida-t-on à pratiquer une laparotomie. On trouve les deux feuillets péritonéaux adhérent l'un à l'autre ; pas trace de liquide. Le péritoine et l'intestin sont recouverts d'un semis de granulations tuberculeuses. Après un lavage à l'eau boriquée et au sublimé, on referme le ventre. Les suites immédiates furent d'abord excellentes ; la plaie se réunit par première intention et l'état général s'amenda. Mais au bout de six semaines, la plaie abdominale se rouvrit, il se fit une fistule à travers laquelle on vit bientôt apparaître des fongosités tuberculeuses venant de la profondeur. La malade succomba deux mois après l'opération. A l'autopsie, on trouva une tuberculose généralisée de la totalité du péritoine ; en un point, l'intestin présentait une petite perforation.

Observation II

Péritonite ascitique subaiguë. -- Deux laparotomies

Par le docteur BERLIN

(Observation transmise par le docteur Chini.)

La nommée G..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Lacroix, à Nice ; elle est malade depuis deux mois. Dans ses antécédents, nous trouvons une mère tuberculeuse et deux sœurs affectées du même mal.

Elle a perdu l'appétit, digère difficilement ; son ventre se ballonne progressivement et elle éprouve tout le temps des coliques sourdes. De plus, une diarrhée très tenace et des vomissements journaliers font penser à une péritonite tuberculeuse, d'autant plus qu'on trouve des lésions aux deux sommets.

Le docteur Berlin, assisté du docteur Chini, pratique la laparotomie le 28 novembre 1894. L'incision sous-ombilicale, de 5 à 6 centimètres, laisse s'écouler environ 3 litres de liquide séreux ; le péritoine est verruqueux et hérissé de saillies que l'on retrouve à la surface de l'intestin. Après un lavage à l'eau stérilisée, on referme le ventre. Le liquide se reproduit quelques jours après et l'état général n'est pas changé. Les douleurs, les vomissements et la diarrhée reviennent, et le 8 décembre 1894, le docteur Berlin se décide à intervenir de nouveau.

Un liquide abondant, et paraissant être de même nature que la première fois, s'écoule encore ; mais les intestins et la séreuse étaient devenus plus souples. Le ventre est fermé de nouveau ; malgré tout, la malade, qui opératoirement était guérie, mourut un mois et demi après, de tuberculose généralisée.

Observation III

Péritonite ascitique généralisée, guérie par la laparotomie
(Par le docteur RICHELOT)

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, que M. Richelot a opérée en juin 1890. Il avait à cette date évacué le liquide ascitique et trouvé le péritoine pariétal et le péritoine viscéral parsemés de granulations tuberculeuses. Cette malade guérit, mais dut entrer, pour de nouveaux accidents, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Labbé, en octobre 1890. Ce chirurgien fit la laparotomie, constata sur le péritoine l'existence de grosses granulations, qu'il prit pour du cancer et referma le ventre. La malade guérit encore, mais conserva de cette intervention une large éventration dont elle voulut être débarrassée. M. Richelot en fit la cure radicale, le 15 octobre 1891. Il put s'assurer, au cours de cette opération, que la presque totalité des granulations du péritoine, dont il avait constaté la présence lors de sa première opération, avait disparu. Cette malade jouit actuellement de la santé la plus florissante.

Observation IV

Péritonite ascitique généralisée. — Laparotomie. — Guérison
(Par le docteur PICQUÉ)

La nommée X..., âgée de 30 ans, était restée bien portante jusqu'à l'âge de 24 ans. A la suite de trois grossesses normales qui se succédèrent alors à court intervalle, elle remarqua l'existence dans le flanc gauche, d'une tuméfaction non douloureuse, qui fut diagnostiquée un rein flottant, et qui persista dans le même état pendant deux ans, ne s'accompagnant que de phénomènes dyspeptiques et d'un amaigrissement assez notable. Au bout de deux ans survinrent des douleurs abdominales assez vives, qui obligèrent la malade à garder le lit pendant un mois. Quand elle voulut se lever, elle s'aperçut que son ventre avait pris un développement considérable. C'est ce qui l'engagea à entrer à l'hôpital Lariboisière, en janvier 1893. Le diagnostic fut fort difficile, et par exclusion, se fondant surtout sur la coexistence de lésions minimes des deux sommets pulmonaires, M. Picqué porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il proposa une laparotomie exploratrice, qui fut pratiquée le 20 avril. L'incision du péritoine fit écouler une petite quantité de liquide séreux. Les deux feuillets du péritoine étaient recouverts d'un semis de granulations tuberculeuses. De plus, dans l'épaisseur des méésentères, on pouvait sentir une grosse masse dure et des ganglions tuberculeux. M. Picqué se contenta de faire des attouchements sur tout l'abdomen avec du naphthol camphré, referma le ventre, en faisant un drainage avec de la gaze. Les suites furent très simples ; les dou-

leurs abdominales disparurent, et la malade put sortir de l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison.

Deux mois après, elle entra dans le même service, pour un phlegmon gangréneux du cou, auquel elle succomba en 8 jours.

A l'autopsie on put constater que le péritoine ne contenait plus trace de liquide, que toutes les granulations tuberculeuses des feuillets viscéral et pariétal du péritoine avaient disparu et que la tumeur ganglionnaire mésentérique avait notablement diminué.

Observation V

Péritonite fibreuse sèche. — Laparotomie. — Guérison
(Par M. GÉRARD MARCHAND)

C'est un enfant, entré à Laënnec pour une occlusion intestinale développée au cours d'une péritonite tuberculeuse manifeste ; les symptômes d'obstruction cessèrent immédiatement après son arrivée à l'hôpital, et l'intervention d'urgence fut différée.

Cet enfant avait une péritonite sèche, avec peut-être un peu d'ascite infiltrée dans les fosses iliaques : on ne sentait dans son abdomen aucune nodosité, aucune masse, aucun gâteau épiploïque ou intestinal ; d'autre part, la paroi paraissait glisser facilement et avoir conservé toute sa mobilité. Supposant que l'on avait affaire à une de ces formes sèches, mais non adhésives, voyant en outre que l'amaigrissement du malade était considérable, qu'il éprouvait des coliques intestinales fortes, qu'il avait eu, en outre, un accès d'obstruction, lequel pouvait bien se reproduire, on se décida à intervenir. Une incision sous-ombilicale sectionna les plans jusqu'à la couche adipeuse propéritonéale. Là, commencèrent les difficultés : il fut impossible de reconnaître le péritoine pariétal ; le bistouri et la pince sectionnèrent avec lenteur des couches excessivement minces, d'un tissu rougeâtre et charnu : un tubercule, du volume d'une lentille, apparut à un moment donné, reposant sur ces tissus, qui conservaient toujours le même aspect et ne saignaient pas du tout. M. Marchand sectionna ainsi successivement une épaisseur assez grande de tissus, et, à un moment donné, tomba dans une cavité. C'était l'intestin ouvert. On libéra alors très

doucement les lèvres de cette incision, on dégagea en partie l'anse intestinale et on fit la suture de la perforation par un double plan de fils. Ne pouvant entrer largement dans la cavité abdominale, l'abdomen fut refermé. L'enfant allait très bien quelque temps après ; mais il lui restait une petite fistule, laissant écouler du mucus intestinal.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 novembre 1895.

Pour le Recteur, en tournée,
L'Inspecteur d'Académie délégué,

L. YON.

VU ET APPROUVE :

Montpellier, le 12 novembre 1895.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDRY. — Laparot. dans la périt. tub. Lyon médical, 1887, p. 327.
- ALEXANDROFF. — Laparot. dans pér. tub. de l'enfant. Vratch. t. XII, 1891, n° 6.
- BARTHEZ et SANNÉ. — Traité des maladies des enfants, t. III, 1891.
- BOULLAND. — De la tuberculose du péritoine et des plèvres. Th. Paris, 1885.
- BRÜHL. — Du trait. chir. de la périt. tub. Gaz. hôp. 1890, n° 123.
- CECCHERELLI. — La cura chirurgica nella tub. del peritoneo. Riforma med. Napoli, 1889, 6^e réunion de la Soc. ital. de chir. Semaine médicale, 1889, p. 129.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAC. — Traité de médecine.
- DÉMOSTHÈNE. — Congrès chirurg. Paris, oct. 1889.
- ELDER. — Tub. peritonitis and its treatment by abd. section. Prov. M. J. Leicester, 1891 p. 322, 324, n° 114, 1^{er} juin.
- ELMASSIAN. — Contribut. à l'étude de la laparot. dans la périt. tub. Thèse Paris, 1890, n° 25.
- FORGUE, RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- HÉNOCH. — Périt. purulente guérie par la laparot. Berlin. Klin. Woch., 26 janvier, n° 4, p. 87.
- HEYDENREICH. — Laparotomie dans la périt. tub. Sem. médic. 1888, p. 473.
- JACOBS. — Périt. tub. chez un enfant de 3 ans et demi. Laparotomie : guérison. Clinique, Bruxelles, 1890, 3 juillet, n° 27.
- KÖNIG. — Die peritoneale tuberkulose und ihre heilung durch den Bauschnitt. Cent f. chir. Leipzig, 90.
- KÜMMEL. — Über laparotomie bei bauch fell tub. Med. chir. cent. bltt. Wiener, 1889.
- LABBÉ. — Congrès chirurg. Paris 1889.

- MAURANGE. — De l'intervent. chirurg. dans la périt. tub. Th. Paris, 1889.
- MIKULICZ. — In Kümmel, Berlin, Klin. Woch., sept. 1890.
- OSLER. — The Johns Hopkins hosp. Reports, February, 1890, n° 2.
- PIC. — De l'intervention chirurg. dans les péritonites tub. Th. Lyon, 1890.
- PRIBRAM. — Ueber therapie der Bauchfell tub. mit besonderer Berücksichtigung der Laparotomie. Med. chir. centr. bltt. Wiener, 1887, p. 580.
- ROUTIER. — Trait. chir. de la périt. tub. Méd. mod., 3 avril 1890, p. 287. Sem. médic. 1890, p. 287-290.
- SCHWARTZ. — Wien. med. Wochenscr., 1887, xxxvii, p. 498.
- TERRILLON. — Leçons de clin. chir. 1889, p. 493. Bulletin méd., juillet 1889, n° 55. Sem. médic. 1890, p. 378.
- TRUC. — Traitement chirurg. de la péritonite. Th. agr., 1886.
- VIERODH. — Ueber die perit. tub. Deutsche Archiv. Klin. med. Leipzig, 1889-90.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
